

高齢高次脳機能障害者の QOL 及び ウェルビーイングに影響を与える要因

岡 村 陽 子

はじめに

高齢化社会と高次脳機能障害

現在我が国の人口に占める 65 歳以上の高齢者人口は、平成 26 年 9 月 15 日の推計で 3296 万人と総人口の 25.9%を占めており年々増加の傾向にある（総務省統計局、2014）。また、平成 26 年度版高齢社会白書では、65 歳以上の高齢者の入院受療率が最も高い傷病は脳血管疾患（脳血管障害）であり、平成 24（2012）年度末で要介護者全体 561.1 万人のうち 65 歳以上の高齢者は 545.7 万人であり、要介護者の 21.5%は脳血管障害を原因としている（内閣府、2014）。これらのことから、おおよそ 100 万人以上の高齢者が脳血管障害を原因とした介護状態にあり、脳血管障害に起因する障害は高齢者にとって非常に身近でかつ重要な問題である。また、脳血管障害の後遺症で日常生活に大きな影響を与えるものに高次脳機能障害があり、高次脳機能障害とは、一般に外傷性脳損傷、脳血管障害等により脳に損傷を受け、その後遺症等として生じた記憶障害、注意障害、社会的行動障害などの認知障害等を指す（中島、2006）。こうした高次脳機能障害を残している高齢者は身体障害を伴わず介護の必要性が認識されない場合も多く、要介護とされていないものも含めると相当数の高齢者が高次脳機能障害を後遺症として残しているものと思われる。高齢者がどうすれば生きがいをもって幸福に過ごせるのかを考える際には、高次脳機能障害に対する支援も今後ますます重要である。

Quality of Life (QOL)

生きがいをもって幸福に過ごせるとはいったいどういう状態を指すのであろうか。人が幸せに過ごしている状態を表す概念として、QOL (Quality of Life) がある。WHO (世界保健機構) は、QOL とは、‘個人が生活している文化や価値体系の中で、目標や期待、規範、関心に関連した人生の状況に関わる認識である。身体的健康、心理状態、自立の程度、社会的な関係、信念環境によって複雑に影響を受ける幅広い概念である’ と定義している (The WHOQOL Group, 1995)。WHO によって開発された QOL 評価尺度である WHOQOL-100 では、身体的側面、心理的側面、自立のレベル、社会的関係、生活環境、スピリチュアリティ・宗教・信念の 6 領域で構成されている (中根、2006)。さらに、WHOQOL-100 で 100 項目あった質問項目を 26 まで減らした WHOQOL-BREF/WHQOL-26 では、身体的領域、心理的領域、社会的領域、環境の 4 領域となっており (中根、2006; Skevington, Lotfy, & O’Connell, 2004)、最終的に QOL は身体的な要素、心理的な要素、自立のレベル、社会・生活環境といった構成で成り立っていると考えられる。

QOL に関する研究は幅広く行われており、我が国においても、保健医療における QOL 研究 (土井、2004)、精神障害者の QOL 研究 (安保、2004; 中根、2006)、高齢者に関する QOL 研究 (出村・佐藤、2006) など数多くの QOL 研究の動向が報告されている。そうした様々な研究を総括すると、QOL の概念は、医療・保健領域で使用される、健康との関連を強く意識し治療の効果を測定することを目的とする健康関連 QOL という概念と、社会心理学、老年心理学領域で使用される、日常生活全体や人生にたいする主観的な要素により QOL をとらえる主観的 QOL という概念の大きく二つに分けられる (出村・佐藤、2006)。出村・佐藤 (2006) は、高齢者の個人の置かれている状況をどのように受け止め、よりよい老後を過ごすかに関する情報を得るには、健康関連 QOL と主観的 QOL 両方のアプローチが必要であるとしている。

また、趙 (2000) は、QOL の高い高齢者とは、自分が望むような活動を望むような形で行なうことができる状態にある高齢者、生きがいを持って暮らすことのできている高齢者と定義している。生きがいを持って暮らすことのできる高齢の高次脳機能障害者像を考えるに当たって、高齢の高次脳機能障

害者の健康関連 QOL、主観的 QOL を含めた幅広い QOL に焦点を当てていくことが必要である。

ウェルビーイング (well-being)

QOL 同様、ウェルビーイングという概念も高齢者にとっては重要な概念である (Pinquart & Sörensen, 2000)。主観的ウェルビーイングとは主観的な幸福感であり、過去および現在のサポートに対する満足度が自尊感情や主観的幸福感を高めること (福岡・橋本、2004)、運動習慣が ADL やソーシャルサポート、健康度自己評価を通して主観的幸福感に間接的に影響を及ぼすこと (安永・谷口・徳永、2002) などがこれまでに指摘されている。さらに、渡邊・山崎 (2004) は高齢者の主観的ウェルビーイングに関連する要因についてのレビューから、高齢者の主観的ウェルビーイングには、属性や婚姻状態、社会的経済的地位だけでなく、健康状態やアクティビティ、対人関係が関連しているとした。また、Pinquart & Sörensen (2000) は高齢者の主観的ウェルビーイングに関するメタ分析を行い、主観的ウェルビーイングの 3 つの要素を、人生に対する満足度、幸福感、自己効力感としている。

こうした主観的ウェルビーイングは、よりよい人生を考えるに当たり、慢性疾患とともに生きることの多い高齢期にはより適当な視点であると考えられ (渡邊・山崎、2004)、高齢の高次脳機能障害の生きがいや幸福を考えるうえで重要な概念である。

本研究の目的

本稿では、高次脳機能障害のある高齢者がどうすれば生きがいをもって幸福に過ごせるのかに関する最近 (2000 年以降) の研究動向を明らかにするべく、QOL、ウェルビーイングをキーワードとした 65 歳以上の高齢者が含まれる海外論文に関するレビューを行い、今後の課題を示唆することを目的とした。

方法

検索データベースとキーワードの設定

海外の研究における検索データベースとしては、Medline（Web 版）、Ebscohost（PsycINFO, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Academic Search Premier）を使用した。検索するキーワードは‘brain damage’ ‘QOL’ ‘well-being’ とした。さらに研究を絞ることを目的として、1. 対象者が 65 歳以上を含む、2. 2000 年以降に発表、3. 変性疾患（アルツハイマー型、パーキンソン病等）及び脳腫瘍を対象した研究を除外、という条件を設定した。以上の方法で示された論文に対してレビューを行った。

結果と考察

上記検索データベースにおいて条件に該当した研究は合計で 25 件であった（表 1）。

1. 研究の対象

25 件の研究のうち、頭部外傷を対象疾患に含むもの 14 件（56.00%）、脳血管障害を対象疾患に含むもの 10 件（40.00%）、対象疾患が脳損傷（brain injury）全体であり特定されていないもの 4 件（16.00%）であった（重複含む）。対象が脳血管障害や脳損傷であった研究では特定の巣症状に対象を絞って研究したものも多く、失語症に関する研究が 3 件、視野障害を含む視覚認知の障害に関する研究が 4 件であった。また、対象年齢に関しては、失語症を対象とした研究である Cruice et al.（2003）及び Cruice et al.（2005）の研究が平均年齢 70.7 ± 8.4 、対象年齢の範囲が 57 歳から 88 歳と最も年齢が高く、失語症研究については対象年齢が高い傾向が見られたが、他の研究に関しては若年者から高齢者までの幅広い年齢層を対象としている研究がほとんどであった。また、研究の対象者数 18 人の小規模な研究（Ross et al., 2003）から、対象者数 6783 人（von Wild et al., 2008）の大規模な研究まで幅があるが、1000 人以上を対象とした大規模な疫学的な研究は 2 件であり（von Wild et al., 2008; Whiteneck et al., 2004）、それ以外の研究は比較的对象者の人数が限られた研究

表 1 QOL 及びウェルビーイングに関する脳損傷者を対象とした研究

著者	対象疾患	対象者年齢 M±SD(range)	対象者数 (人)	QOL 及びウェルビーイングに関する結果
Collins, Lanham, & Sigford (2000)	頭部外傷	42±10.85 (24-62) test-retest のデータ	25	Wisconsin HSS Quality of Life Inventory の信頼性と妥当性を検討した結果、WI HSS QOL は TBI 患者の QOL 測定に有効である。
Hütter, Kreitschmann-Andermahr, & Gilsbach (2001)	脳血管障害 (くも膜下出血)	50.3±13.3 (30-69)	116	くも膜下出血では、患者の年齢、神経学的な兆候、出血パターンが QOL に関連する。
Steadman-Pare, Colantonio, Ratcliff, Chase, & Vernich (2001)	頭部外傷、認知症	43.3±12.3 (23-84)	275	長期経過後の TBI は、メンタルヘルス、健康、性別、仕事や余暇への参加、情動的支持が QOL に関連。長期フォローが必要である。
Woortgen, Rathoed, & Brawanski (2002)	脳損傷	34.5 (16-79)	51	重度脳損傷後の S-100B タンパク質のレベルと QOL は関連する。
Cruise, Worrall, Hickson, & Murison (2003)	脳血管障害 (失語症)	70.7±8.4 (57-88)	30	失語症によりコミュニケーションに障害があるとウェルビーイングと QOL (社会的健康) に影響がある。
Ross & Wertz (2003)	脳血管障害 (失語症)	60.78±7.84 (48-79)	18	失語症者と健常者の QOL を弁別するのは、自立レベル、社交関係、環境、慢性期の失語症者の QOL を強化するためには、状況に特化したコミュニケーションや社会参加に焦点を当てることが重要である。
Man, Lee, Tong, Yip, Lui, & Lam (2004)	脳損傷	48.7±11.14 (30-66)	35	発症後 5 年以上経過した脳損傷者の QOL はより低いので長期フォローが必要である。
Whiteneck, Brooks, Mellick, Harrison-Felix, Terrill, & Noble (2004)	頭部外傷	41 (16-96)	1591	入院治療を必要とした TBI 患者は、受傷後 1 年たっても、疲労や、イライラ感、頭痛、睡眠障害など様々な問題がある。
Cruise, Worrall, Hickson, & Murison (2005)	脳血管障害 (失語症)	70.7±8.4 (57-88)	30	失語症者の介護者(家族・友人)は、失語症者の QOL 健康関連 QOL、全体的 QOL、身体機能などを低く見積りやすい。介護者から見た QOL の評価は本人評価とは異なる。
Johnston, Goverover, & Dijkers (2005)	頭部外傷	44.8±17.6 (17-88)	162	TBI 患者の地域での活動の重要性を検討した結果、地域での活動の頻度や満足度が必ずしも満足度と関係しないため、活動や参加の項目は人生の満足度や QOL の測定とはならない。
Kelly, McArthur, Levin, Swimmer, Dusick, Cohen, Wang, & Swerdloff (2006)	頭部外傷	下体ホルモン低下群 36 ±16 (21-62)、下体ホル モン充足群 32±18 (14-77)	44	TBI 後のホルモン低下が QOL に関連する。
Wood & Rutterford (2006)	頭部外傷	47.66±12.69 (27-75)	131	ワーキングメモリーの障害は、地域生活への参加度、人生に対する満足度抑うつに影響を与える。

Papageorgiou, Hardiess, Schaeffel, Wietheofter, Karnath, Mallot, Schoenfisch, & Schiefer (2007)	脳血管障害	51.4±15.8 (21-74)	33	脳血管障害により同名半盲のある患者は視覚関連 QOL に低下が見られる。
Gall, Mueller, Gudlin, Lindig, Schluteter, Jobke, Franke, & Sabel (2008)	脳損傷	53±16	85	視野障害への介入は視覚関連 QOL を高める。
von Wild ; Hannover, Münster TBI Study Council (2008)	頭部外傷	1-15 歳 28%, 65 歳以上 18%の構成	6783	TBI の重さで、年齢、随伴する障害、合併症は健康関連 QOL に影響を与える。
Fischer, U., Ledermann, I., Nedeltchev, K., Meier, N., Gralla, J., Sturzenegger, M., Matthe, H. P., & Arnold, M. (2009)	脳血管障害、頭部外傷	46±9 (18-78)	108	頭部動脈乖離による脳損傷者の約半数は、長期的に QOL に問題が生じる。
Gall, Lucklum, Sabel, & Franke (2009)	脳血管障害、脳腫瘍、脳炎、てんかん、低酸素脳症	53.6 (9-94)	312	視野欠損のある脳損傷者において、視野欠損や視覚の鈍感さは健康関連 QOL に関係していない。
Tsaouides, Warshowsky, Ashman, Cantor, Spielman, & Gordon (2009)	頭部外傷	16-65	425	仕事に関連した自己効力感、一般的な自己効力感、QOL やウェルビーイングと強く関係している。雇用されているかよりも仕事に関連した自己効力感がほうが重要である。
Chronister, Chan, Sasson-Gelman, & Chiu (2010)	頭部外傷	53.01±13.41	108 (介護者)	TBI 患者の家族に対する行動的で具体的なサポート、社会的な支援のニーズが QOL に関係している。
Lundqvist, Grundström, Samuelsson, & Rönneberg, (2010)	頭部外傷、脳血管障害、脳腫瘍、脳炎、くも膜下出血	43.3±9.8 (27-63)	21	ワーキングメモリーの訓練をすると認知能力は上がるが、QOL に差は見られなかった。
Gall, Sgorzalzy, Schmidt, Brandt, Fedorov, & Sabel (2011)	脳損傷	42.9±15.0 (20-70)	49	視野障害に対する介入後の視野関連 QOL は高まる
Medin, Windahl, von Arbin, Tham, & Wredling (2011)	脳血管障害	78 (27-93)	104	脳血管障害急性期において、女性のほうが障害が重度で、機能の低下があり、QOL も低下している。
Zunstein, Moser, Mottini, Ott, Sadowski-Cron, Radanov, Zimmermann, & Exadaktylos (2011)	頭部外傷	42 (17-87)	86	受傷後 10 年経過した MTBI の 37.2%に、一般的健康度と QOL に関する低下が見られた。頭蓋内損傷がないほうがよい結果を示した。
Colamonico, Fornella, & Bradley (2012)	ALS、認知症、多発性硬化症、パーキンソン病、脳血管障害、頭部外傷	55.5	265	仮性球麻痺(Pseudobulbar affect:PBA)は QOL や健康、社会・職業的機能に影響を与える。
Kosty, Macyszyn, Lai, McCroskery, Park, & Stein (2012)	頭部外傷	40.4±19.1	101	QOL は、GOSE (The Glasgow Outcome Scale)によって評価される機能の低下と関連しているが、年齢、性別、教育歴には関連しない。

が多かった。

高齢者が対象者となっている QOL 及びウェルビーイングに関する研究を俯瞰すると、頭部外傷を対象とした研究が半数以上を占め、脳血管障害であっても特定の高次脳機能障害の影響に関する研究が多く、対象も若年者から高齢者まで幅広い。高齢者に特化した大規模研究がさらに望まれる。

2. QOL 及びウェルビーイングに影響を与える要因

脳損傷者の QOL 及びウェルビーイングは様々な要因に影響を受けている。以下に対象とした 25 件の研究について、性別、年齢及び受傷からの期間、高次脳機能障害、認知リハビリテーション、心理・社会的要因の影響をまとめる。

1) 性別、年齢及び受傷からの期間

性別に関しては、男性より女性のほうが高い QOL を報告するという研究 (Steadman-Pare et al., 2008) と、女性のほうが機能的な障害が重く QOL も低いという研究 (Medin et al., 2011)、性別は影響しないという研究 (Kosty et al., 2012) があり結論は一致していない。

年齢が QOL 及びウェルビーイングに与える影響については、くも膜下出血後の QOL は年齢に影響を受ける (Hütter et al., 2001)、他の年齢層に比べ 65 歳以上の対象者では頭部外傷 (TBI) 後の後遺症を報告する割合が増え年齢と QOL が関係する (von Wild et al., 2008)、45 歳未満の若年の脳損傷者のほうが、45 歳以上の高齢の脳損傷者よりも QOL の得点が高い (Man et al., 2004) 内頸動脈乖離後の脳損傷者では高齢が QOL を脅かす要因である (Fischer et al., 2009) という研究が多数を占めており、年齢と QOL に関係はみられない (Kosty et al., 2012) とする研究もあるものの、高齢であることはよりよい QOL やウェルビーイングを妨げる一つの要因であるといえる。

また、QOL の指標のうち友人との交際や活動への参加の度合いを見る親密度の得点は、受傷後の経過年数が 5 年未満の対象者よりも 5 年以上の対象者のほうが低いこと (Man et al., 2004)、慢性期の内頸動脈乖離後の脳損傷者の約半数で QOL に問題が生じること (Fischer et al., 2009)、受傷後 10 年が経過した中程度の TBI の 37.2%に一般的健康と QOL に低下が認められること (Zumstein et al., 2011)、また、くも膜下出血後の健康関連 QOL に関する研

究においても、くも膜下出血後 4、5 年が経過したのちに神経学的状態が良好になったとしても QOL は低下したままであること (Hütter et al., 2001) などから、脳損傷者は受傷後長期間経過したのちも QOL の低下が問題となることが明らかである。脳損傷者に対して長期フォローが必要ということは複数の研究において指摘されている (Man et al., 2004; Steadman-Pare et al., 2001)。

以上より、急性期の高齢者のみならず慢性期の高齢者に対しても、QOL 及びウェルビーイングの低下を念頭において積極的に関わる必要があるものと思われる。

2) 脳損傷による障害

脳損傷が与える障害は QOL に必ずしも関係しない (Johnston et al., 2005) とする研究もあるが、脳の損傷や障害は QOL 及びウェルビーイングに影響を与えているとする研究も多く、くも膜下出血後の健康関連 QOL に関する研究においても、最も QOL と関係する重要な要因は入院時の神経学的状態や出血パターンであり脳の損傷の程度と QOL には関係があること (Hütter et al., 2001)、障害の重症度と QOL が関連していること (Tsaousides et al. (2009)、機能的な障害の程度と QOL は強く関係しており、回復がよいものは QOL が高いこと (Kosty et al., 2012) が指摘されている。

また、脳損傷の結果引き起こされる様々な認知機能の障害である高次脳機能障害があること自体が QOL やウェルビーイングに影響を与えるとする研究は多い。Zumstein et al. (2011) は、中程度の TBI 患者の経過をフォローした研究の中で、受傷後 1 年の患者より受傷後 10 年経過した患者のほうが記憶や集中力に問題を感じているものが多く、そのような記憶や集中力に問題を感じているものは、問題を感じていないものに比べて有意に QOL の得点が低かったことを報告している。Wood et al. (2006) は、TBI 患者の長期的な心理社会的な予後に関する研究において、認知の問題は地域活動や人生への満足度、抑うつ、雇用状態に関係しており、中でもワーキングメモリーの障害は地域活動や人生への満足度、抑うつを予測する要因であることを示唆している。また、同名半盲を含む視野障害 (Gall et al., 2009; Papageorgiou et al., 2007)、仮性球情動 (Colamonicio et al., 2012)、失語症 (Cruice et al., 2003) も QOL に影響を与える要因であることが研究されている。脳損傷により生

じる機能障害が QOL 及びウェルビーイングに影響を与える要因であるならば、以下に述べるような機能の回復を目指す介入は重要であると思われる。

3) 介入

脳損傷により障害された機能の回復を図るための様々な介入が、QOL 及びウェルビーイングの向上にどのような影響を与えているのかについては、複数の研究によって結果が報告されている。

同名半盲などの視野障害への介入訓練が視覚機能の向上に伴い QOL を向上させることは複数の研究において指摘されている (Gall et al., 2008; Gall et al., 2011)。しかしながら、コンピューターを使用したワーキングメモリーへの介入研究において、Lundqvist et al. (2010) は、ワーキングメモリー訓練は認知機能を向上させるが QOL の評価は変化させなかったことを報告している。von Wild et al. (2008) の研究では、調査対象となった 6783 人中の約半数 (58.00%) がなんらかの外来治療を受けていたが、神経心理学的な訓練を受けているものはたった 7.00%に過ぎなかったことを示しており、認知機能の回復を目指す介入そのものがほとんど行われていない可能性が考えられ、認知機能への介入の実施とその成果の実証研究をさらに発展させる必要がある。

4) 心理・社会的要因

脳損傷による機能的な低下以外の要因も QOL やウェルビーイングには影響を与えている。Steadman-Pare et al. (2001) によれば、メンタルヘルスは QOL を予測する主要な要因であり、健康や、仕事や余暇への参加、情動的サポートも QOL に関連している。また、Tsaousides et al. (2009) は、QOL と自己効力感の関係に関する研究の中で、収入や、障害の重度さ、受傷年齢、雇用状況と QOL が関係していることを示し、さらに、雇用に関係した自己効力感と一般的な自己効力感が QOL に大きく影響していることを明らかにしている。この研究では、実際に雇用されているかどうかよりも、雇用に関連して自己効力感を得られているかどうか QOL に強く影響しているとされ、自己効力感を得ることの大切さが示唆されている。また、社会的交流も QOL に影響を与えていることが指摘され (Cruice et al., 2003; Ross et al., 2003; Steadman-Pare et al., 2001)、さらに、地域活動にたんに参加するだけで

は QOL を向上させるとはかぎらないため活動の量ではなく質を考慮する必要性も示唆されている (Johnston et al., 2005)。また、当事者だけでなく家族に対する情動的で具体的なサポートが家族の QOL に関係することも報告されている (Chronister et al., 2010)。心理精神的な健康と QOL、ウェルビーイングは深い関係があるため、心理精神的なサポートとして、情動面へのサポートや、自己効力感を高める介入と同時に、家族に対する介入についても今後充実させていくことが必要と思われる。

結論と今後の課題

高齢の高次脳機能障害者に対する研究の必要性

高次脳機能障害のある高齢者がどうすれば生きがいをもって幸福に過ごせるのかに関する最近 (2000 年以降) の研究を概観した結果、高齢の脳血管障害による高次脳機能障害者を対象とした研究は非常に少ないことが明らかとなった。我が国の 65 歳以上の高齢者人口は総人口の 25.9% (総務省統計局、2014) であり、その 65 歳以上の高齢者において、入院受療率が最も高い疾患が脳血管障害 (平成 26 年度版高齢社会白書) である現状を考えると、TBI だけでなく、より一般的な脳血管障害を起因とした高次脳機能障害者に対しても研究を進めていく必要がある。脳損傷者は長期的に QOL が低下していることは数多くの研究において指摘されており (Fischer et al., 2009; Hütter et al., 2001; Zumstein et al., 2011)、脳血管障害を含めた脳損傷者の抱える長期的な QOL・ウェルビーイングについてさらなる研究が望まれる。また、健常の高齢者特有の QOL・ウェルビーイングに関する研究は数多く行われており (出村・佐藤、2006; Pinquart & Sörensen, 2000; 渡邊・山崎、2004)、高齢者が抱えている特有の問題を考慮して考えていく必要もあるものと思われる。

包括的認知リハビリテーションの可能性

高齢の高次脳機能障害者の QOL 及びウェルビーイングを高める可能性の一つに認知リハビリテーションがあげられる。

高次脳機能障害者への認知機能の改善を目指したリハビリテーションを認知リハビリテーションといい、Wilson (1997) は、認知リハビリテーションを4種に分類し、第4の包括的認知リハという心理的な支援も含めた認知リハビリテーションを提唱している。わが国でも、若年の高次脳機能障害者に対しては包括的認知リハが積極的に実施され(橋本・野路井・間島・石松・中村・安保、2006; 永吉・上田・高橋・石井・中島・安野・内田・塩永、2005; 佐伯・千坂・蜂須賀、2005; 渡邊・大橋・橋本・伊藤・宮野、2006)、若年者においては、慢性期であっても高次脳機能障害への認知リハビリテーションは効果があること(岡村・原、2005)、若年の高次脳機能障害者への認知リハビリテーションはストレス低減効果があることも明らかとなっている(岡村・大塚、2009)。本研究において概観した中では、ワーキングメモリーにのみ働きかける認知リハビリテーションと QOL の関係は明確ではなかった(Lundqvist et al., 2010) が、Londos et al. (2008) は、TBI 患者に対して有効な goal oriented rehabilitation が、MCI (Mild Cognitive Impairment) にも有効であるかどうかを検討した研究において、goal oriented rehabilitation は MCI の認知機能や職業的な成果を高めるだけでなく、QOL も向上させることを報告していることから、認知機能にのみ働きかける単なる認知リハビリテーションではなく、目標を明確にした認知リハビリテーションを実施していくことが必要であると思われる。さらに、QOL を高める要因としてメンタルヘルス(Steadman-Pare et al., 2001)、自己効力感(Tsaousides et al., 2009)、社会的交流(Cruice et al., 2003; Ross et al., 2003; Steadman-Pare et al., 2001) が指摘されていることから、心理的な支援も含めた包括的認知リハビリテーションが必要であろう。

ドイツの大規模研究でも神経心理学的な訓練を受けているものはたった7%に過ぎなかった(von Wild et al., 2008) ように、我が国においても、脳血管疾患に起因する要介護高齢者が圧倒的多数であるにもかかわらず、包括的認知リハを受けることができていない高齢高次脳機能障害者は非常に少数であると思われる。少しでも多くの高齢高次脳機能障害者が生きがいをもって幸福に過ごすために、目的を明確にした包括的認知リハビリテーションを多くの高次脳機能障害者が選択できる機会を増やしていくことも重要である。

さらに、家族への介入が QOL に関係することも指摘されている (Chronister et al., 2010)。これまでも、高次脳機能障害者の家族は負担感を非常に強く感じていることが指摘されており (白山、2010)、加齢による介護負担に加え高次脳機能障害による負担感も加重され、高齢の高次脳機能障害者の家族は、より強い負担感と心理的ストレスを抱えていることが考えられる。よって、高齢の高次脳機能障害者の家族にとっても、心理的な支援も含めた包括的認知リハが実施されることが望まれる。

QOL・ウェルビーイングを評価するアセスメントの必要性

Ettema, Dröes, de Lange, Mellenbergh & Ribbe1 (2005) は、QOL の評価には認知症固有のアセスメントと一般的なアセスメントの両方が使用されているが、認知症を対象とした研究を行うためには認知症固有のアセスメントが必要としている。脳損傷後の QOL を評価するアセスメントとして、Quality of life after brain injury (QOLIBRI) という質問紙が開発されている (von Wild et al., 2008) ため、今後、脳損傷者後の QOL を評価するためにはこうした脳損傷固有のアセスメントを使用することも必要である。

謝辞

本稿は、平成 25 年度専修大学研究助成・個別研究「高齢高次脳機能障害者に対する包括的認知リハの検討」の研究成果の一部である。

引用文献

安保寛明 (2004). 地域に暮らす精神障害者の QOL とその関連要因 岩手県立大学看護学部紀要、6、135-143.

Chronister, J., Chan, F., Sasson-Gelman, E. J., & Chiu, C. Y. (2010). The association of stress-coping variables to quality of life among caregivers of individuals with traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation*, 27(1), 49-62.

Colamonic, J., Formella, A., & Bradley, W. (2012). Pseudobulbar affect: burden of illness in the USA. *Advances in Therapy*, 29(9), 775-798.

- Collins, R., Lanham, R. A. Jr., & Sigford, B. J. (2000). Reliability and validity of the Wisconsin HSS Quality Of Life inventory in traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, **15**(5), 1139-1148.
- Cruice, M., Worrall, L., Hickson, L., & Murison, R. (2003). Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being. *Aphasiology*, **17**(4), 333-353.
- Cruice, M., Worrall, L., Hickson, L., & Murison, R. (2005). Measuring quality of life: Comparing family members' and friends' ratings with those of their aphasic partners. *Aphasiology*, **19**(2), 111-129.
- 出村慎一・佐藤進 (2006). 高齢者の Quality of Life に関する研究 体育学研究、**51**、103-115.
- 土井由利子 (2004). 特集: 保健医療分野における QOL 研究の現状 総論 -QOL の概念と QOL 研究の重要性 保健医療科学、**53**(3)、176-180.
- Ettema, T. P., Dröes, R., de Lange, J. Mellenbergh, G. J., & Ribbe, M. W. (2005). A review of quality of life instruments used in dementia. *Quality of Life Research*, **14**, 675-686.
- Fischer, U., Ledermann, I., Nedeltchev, K., Meier, N., Gralla, J., Sturzenegger, M., Mattle, H. P., & Arnold, M. (2009). Quality of life in survivors after cervical artery dissection. *Journal of Neurology*. **256**(3), 443-449.
- 福岡欣治・橋本幸 (2004). 高齢者の過去および現在のソーシャル・サポートと主観的幸福感の関係 静岡文化芸術大学研究紀要 **5**、55-60.
- Gall, C., Mueller, I., Gudlin, J., Lindig, A., Schlueter, D., Jobke, S., Franke, G. H., & Sabel, B. A. (2008). Vision- and health-related quality of life before and after vision restoration training in cerebrally damaged patients. *Restorative Neurology Neuroscience*, **26**(4-5), 341-53.
- Gall, C., Lucklum, J., Sabel, B. A., & Franke, G. H. (2009). Vision- and health-related quality of life in patients with visual field loss after postchiasmatic lesions. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*. **50**(6), 2765-2776.
- Gall, C., Sgorzaly, S., Schmidt, S., Brandt, S., Fedorov, A., & Sabel, B. A. (2011).

Noninvasive transorbital alternating current stimulation improves subjective visual functioning and vision-related quality of life in optic neuropathy. *Brain Stimulation*, **4(4)**, 175-188.

橋本圭司・野路井未穂・間島富久子・石松一真・中村俊規・安保雅博 (2006).

脳外傷者に対する包括的リハビリテーションの実践 脳外傷リハビリテーションのエビデンスを求めて 日本リハビリテーション医学会誌、**43(9)**、602-608.

H ütter, B. O., Kreitschmann-Andermahr, I., & Gilsbach, J. M. (2001).

Health-related quality of life after aneurysmal subarachnoid hemorrhage: impacts of bleeding severity, computerized tomography findings, surgery, vasospasm, and neurological grade. *Journal of Neurosurgery*, **94(2)**, 241-251.

趙弼花 (2000). 高齢者の Quality of Life に関する研究－実証研究に向けての課題の整理－ 政策科学、**8(1)**、117-132.

Johnston, M. V., Goverover, Y., & Dijkers, M. (2005). Community activities and

individuals' satisfaction with them: quality of life in the first year after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, **86(4)**, 735-745.

Kelly, D. F., McArthur, D. L., Levin, H., Swimmer, S., Dusick, J. R., Cohan, P.,

Wang, C., & Swerdloff, R. (2006). Neurobehavioral and quality of life changes associated with growth hormone insufficiency after complicated mild, moderate, or severe traumatic brain injury. *The Journal of Neurotrauma*. **23(6)**, 928-942.

Kosty, J., Macyszyn, L., Lai, K., McCroskery, J., Park, H. R., & Stein, S. C.(2012).

Relating quality of life to Glasgow outcome scale health states. *The Journal of Neurotrauma*, **29(7)**, 1322-1327.

Londos, E., Boschian, K., Lindén, A., Persson, C., Minthon, L., & Lexell, J. (2008).

Effects of a goal-oriented rehabilitation program in mild cognitive impairment: a pilot study. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. **23(2)**, 177-83.

Lundqvist, A., Grundström, K., Samuelsson, K., & Rönnerberg, J. (2010). Computerized

training of working memory in a group of patients suffering from acquired brain

- injury. *Brain Injury*, **24(10)**, 1173-1183.
- Man, D. K., Lee, E. T., Tong, E. H., Yip, S. S., Lui, W. F., & Lam, C. S. (2004). Health services needs and quality of life assessment of individuals with brain injuries: a pilot cross-sectional study. *Brain Injury*, **18(6)**, 577-591.
- Medin, J., Windahl, J., von Arbin, M., Tham, K., & Wredling, R. (2011). Eating difficulties among stroke patients in the acute state: A descriptive, cross-sectional, comparative study. *Journal Of Clinical Nursing*, **20(17-18)**, 2563-2572.
- 内閣府 (2014) 平成 26 年高齢社会白書 (全体版) 第 1 章 第 2 節 3 高齢者の健康・福祉 内閣府 2014 年 6 月 13 日 <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/s1_2_3.html> (2014 年 11 月 3 日)
- 永吉美砂子・上田幸彦・高橋雅子・石井里衣・中島大輔・安野敦子・内田恵・塩永淳子 (2005). 脳損傷者に対する包括的・全体論的リハビリテーションプログラムの実践 総合リハビリテーション、**33**、73 - 81
- 中根允文 (2006). 精神障害における QOL 長崎国際大学論叢、6、153-159.
- 中島八十一 (2006). 高次脳機能障害の現状と診断基準. 中島八十一・寺島彰 (編) 高次脳機能障害ハンドブック 診断・評価から自立支援まで 医学書院 pp.1-20.
- 岡村陽子・原行弘 (2006). 発症後 10 年以上経過した慢性期患者への認知リハビリテーションの効果—症例報告— 高次脳機能研究 **25(1)**、17-25.
- 岡村陽子・大塚恵美子 (2010). 社会的行動障害の改善を目的とした SST グループ訓練 高次脳機能研究 **30(1)**、64-76.
- Papageorgiou, E., Hardiess, G., Schaeffel, F., Wiethoelter, H., Karnath, H. O., Mallot, H., Schoenfish, B., & Schiefer, U. (2007). Assessment of vision-related quality of life in patients with homonymous visual field defects. *Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology*. **245(12)**, 1749-1758.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, **15(2)**, 187-224.

- Ross, K. B., & Wertz, R. T. (2003). Quality of life with and without aphasia. *Aphasiology*, **17**(4), 355-364.
- 佐伯覚・千坂洋巳・蜂須賀研二 (2005). 脳卒中長期生存者の生活満足度と活動制限 産業医科大学雑誌、**27**(2)、171-177.
- 白山靖彦 (2010). 高次脳機能障害者家族の介護負担に関する諸相—社会的行動障害の影響についての量的検討— 社会福祉学、**51**(1)、29-38.
- Skevington, S., M., Lotfy, M., & O'Connell, K.A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, **13**, 299-310.
- 総務省統計局 (2014) 高齢者の人口 総務省統計局 2014 年 9 月 14 日
 <<http://www.stat.go.jp/data/topics/topi841.htm>> (2014 年 11 月 3 日)
- Steadman-Pare, D., Colantonio, A., Ratcliff, G., Chase, S., & Vernich, L. (2001). Factors associated with perceived quality of life many years after traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, **16**(4), 330-342.
- The WHOQOL Group(1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, **41**(10), 1403-1409.
- Tsaousides, T., Warshowsky, A., Ashman, T. A., Cantor, J. B., Spielman, L., & Gordon, W. A. (2009). The relationship between employment-related self-efficacy and quality of life following traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*. **54**(3), 299-305.
- von Wild, K. R. H., Hannover, Münster TBI Study Council. (2008). Posttraumatic rehabilitation and one year outcome following acute traumatic brain injury (TBI): data from the well defined population based German Prospective Study 2000-2002. *Acta Neurochirurgica Supplement*, **101**, 55-60.
- 渡邊修・大橋正洋・橋本圭司・伊藤良介・宮野佐年 (2001). 脳外傷回復期の包括的リハビリテーションとその成果 脳外傷のリハビリテーション Outcome Study 日本リハビリテーション医学会誌、**38**(11)、892-897.
- 渡邊敏恵・山崎喜比古 (2004). 幸福な老いの要件とは—高齢者の主観的ウェ

ルビーイングに関連する要因の文献的検討— 埼玉県立大学紀要、**6**、75-86.

- Whiteneck, G., Brooks, C. A., Mellick, D., Harrison-Felix, C., Terrill, M. S., Noble, K. (2004). Population-based estimates of outcomes after hospitalization for traumatic brain injury in Colorado. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, **85**(4 Suppl 2), S73-81.
- Wilson, B. A. (1997) . Cognitive rehabilitation: how it is and how it might be. *Journal of the International Neuropsychological Society*. **3**(5), 487-96.
- Woertgen, C., Rothoerl, R. D., & Brawanski, A. (2002). Early S-100B serum level correlates to quality of life in patients after severe head injury. *Brain Injury*, **16**(9), 807-816.
- Wood, R. L., & Rutherford, N. A. (2006). Demographic and cognitive predictors of long-term psychosocial outcome following traumatic brain injury. *Journal of The International Neuropsychological Society*. **12**(3), 350-358.
- 安永明智・谷口幸一・徳永幹 (2002). 高齢者の主観的幸福感に及ぼす運動習慣の影響 体育学研究、47、173-183.
- Zumstein, M. A., Moser, M., Mottini, M., Ott, S. R., Sadowski-Cron, C., Radanov, B. P., Zimmermann, H., & Exadaktylos, A. (2011). Long-term outcome in patients with mild traumatic brain injury: a prospective observational study. *The Journal of Trauma*, **71**(1), 120-127.